

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) CESAR ARTURO DE LA HOZ OJEDA identificado(a) con C.C No. 1.045.690.629, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 06 de octubre del 2022.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.



Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

FECHA DE GENERACIÓN

06/10/2022

NÚMERO DE RADICADO

10627191

TIPO DE AFILIADO

DEPENDIENTE

DATOS DE LA EMPRESA

NIT

802010216

EMPRESA

TEMPOCOLBA LTDA.

SUCURSAL

TEMPOCOLBA LTDA.

DATOS DEL TRABAJADOR

DOCUMENTO No.

1045690629

TIPO DE DOCUMENTO

CEDULA DE CIUDADANIA

NOMBRE COMPLETO

CESAR ARTURO DE LA HOZ OJEDA

DIRECCIÓN

CR 50 75 131 CE LOCAL 21

MUNICIPIO

BARRANQUILLA

BARRIO

ALTOS DEL PRADO

TELÉFONO

3682827

CELULAR

3002983181

CORREO ELECTRÓNICO

NO REGISTRA

FECHA DE NACIMIENTO

1988/10/10

ESTADO CIVIL

UNION LIBRE

NIVEL EDUCATIVO

SECUNDARIA

TIPO DE VIVIENDA

OTROS

INFORMACIÓN LABORAL

CARGO U OFICIO QUE DESEMPEÑA

AYUDANTE DE OBRA

SUELDO

\$1.000.000

ESTADO DE AFILIACIÓN

ACTIVO

HORARIO LABORAL

TIEMPO COMPLETO

FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA

2022/10/06

FECHA DE RECIBO

2022/10/06

DATOS DEL CONYUGE/COMPAÑERO

DOCUMENTO No.

-

TIPO DE DOCUMENTO

-

NOMBRE COMPLETO

-

FECHA DE NACIMIENTO

-

SEXO

-

NIVEL EDUCATIVO

-

SUELDO

\$0

CARGO U OFICIO

-

EMPRESA

-

NIT

-

PERSONAS BENEFICIARIAS DEL SUBSIDIO FAMILIAR

NP

DOCUMENTO

NOMBRE COMPLETO

CLASE

SEXO

F. NACIM.

DISCAPACIDAD

AUTORIZO, PERMITO Y ACEPTO QUE LA INFORMACIÓN QUE SUMINISTRO EN ESTE FORMULARIO O QUE SUMINISTRÉ EN DOCUMENTOS ANTERIORES PARA AFILIARME A COMBARRANQUILLA SEA UTILIZADA POR ESTA ENTIDAD PARA FINES ADMINISTRATIVOS, PUBLICITARIOS, DE MERCADEO Y DE VENTAS.

GENERALIDADES

- A partir de la fecha de recibido de este formulario, el trabajador y su núcleo familiar, puede hacer uso de los servicios de COMBARRANQUILLA en los diferentes puntos de atención. Sólo debe suministrar su nombre y/o número de documento de identificación.
- Niños mayores a 12 años deben presentar certificado educativo.
- Las personas a cargo serán beneficiarias del Subsidio Familiar en Dinero a partir de la fecha en que se presenten los documentos que prueben su derecho a la cuota correspondiente.



Medellín, 06 de Octubre de 2022

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de SERV TIEMPO COLOMBIA TEMPOCOLBA SAS, en el centro de trabajo 0000000005 - BARRANQUILLA 50, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1045690629	DE LA HOZ OJEDA CESAR	06/10/2022		2402287P	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C11408576612227933231

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación. Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 06/10/2022 09:13:51.

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.0.28.37, 198.143.41.41, 172.16.42.57

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



Página 1

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

No. de Radicación	Fecha de Radicación
9488261104	06/05/2023

1. Tipo de Trámite A. Afiliación ☒ B. Reporte de novedades ☒	2. Tipo de Afiliación A. Individual: Cotizante o Cabeza de familia ☒ Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	3. Régimen A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐
4. Tipo de afiliado A. Cotizante ☒ P. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐	5. Tipo de cotizante A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	6. Código (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres DE LA HOZ	7. Tipo de documento de identidad CC	8. N° del documento de identidad 1945690629	9. Sexo Femenino ☐ Masculino ☒	10. Fecha de nacimiento 10/10/1989	11. Estado Civil SOLTERO (A)	12. EPS anterior
--	---	--	--	---------------------------------------	---------------------------------	------------------

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

13. Tipo de discapacidad	14. Grupo de población especial
15. Aporte a la seguridad social - ARL SURA ARL	16. Administración de pensiones COLFONDOS
17. Número de identificación 10000000	18. Teléfono celular 3002983181
19. Correo electrónico segsocialtempocolba@grupocolba.com	20. Municipio/Distrito BARRANQUILLA
21. Zona Urbana ☒ Rural ☐	22. Departamento ATLANTICO

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

23. Apellidos y nombres	24. Tipo de documento de identidad	25. Número del documento de identidad	26. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	27. Fecha de nacimiento	28. Estado Civil
29. Municipio/Distrito	30. Zona Urbana ☐ Rural ☐	31. Departamento	32. Código EPS (a registrar por la EPS)	33. Teléfono fijo	34. Celular

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

35. Apellidos y nombres	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	39. Fecha de nacimiento	40. Estado Civil
41. Municipio/Distrito	42. Zona Urbana ☐ Rural ☐	43. Departamento	44. Código EPS (a registrar por la EPS)	45. Teléfono fijo	46. Celular

Datos Complementarios

47. Parentesco	48. Etnia	49. Discapacidad (Marque con una X) Tipo: E N M T P Condición	50. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
51. Datos de residencia	52. Zona Urbana ☐ Rural ☐	53. Municipio/Distrito	54. Departamento
55. Teléfono fijo	56. Celular	57. Tipo de documento de identidad	58. Número del documento de identidad

Selección de la EPS Primario

59. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - EPS	60. Código de la EPS (a registrar por la EPS)
C. SALUD INTEGRAL Y RESOLUTIVA I.P.S. S.A.S.	224

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

61. Tipo de documento de identidad	62. Número del documento de identidad	63. Tipo de aporte o pago de pensiones (a registrar por la EPS)
64. Nombre de la entidad responsable	65. Municipio/Distrito	66. Departamento
67. Tipo de documento de identidad	68. Número del documento de identidad	69. Tipo de aporte o pago de pensiones (a registrar por la EPS)
70. Nombre de la entidad responsable	71. Municipio/Distrito	72. Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

Página 2

40. Tipo de Novedad 1. Modificación de los datos básicos de identificación. 2. Corrección de datos básicos de identificación. 3. Actualización del documento de identidad. 4. Actualización y corrección de datos complementarios. 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código 6. Reinscripción en la EPS. 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. ☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar. 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.		11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. ☒ 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo ☒ B. Régimen Subsidiado 14. Traslado: A. Mismo Régimen B. Diferente Régimen 15. Reporte de fallecimiento. 16. Reporte del trámite de protección al cesante. 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado. 18. Reporte de la calidad de Pensionado.	
--	--	---	--

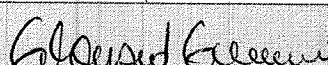
VI. DATOS PARA REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación del titular o representante (1) permanente o eventual							
Primer apellido	Segundo apellido	Sexo	Primera nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento	42. Fecha	
43. EPS: Aprobada	Número del documento de identidad	Sexo	Feminino	Masculino	44. Fecha	06/10/2022	
45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones				Código			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

☒ 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. ☒ 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. ☐ 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. ☒ 49. Declaración de no incurrir en el cobro de la familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud. ☒ 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la Historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. ☒ 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genera de la afiliación o del reporte de novedades de la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieren. ☒ 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1591 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. ☒ 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

 54. El cotizante, cabeza de la familia o beneficiario	 55. El empleador, representante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio
--	---

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐ 24 ☐ 25 ☐ 26 ☐ 27 ☐ 28 ☐ 29 ☐ 30 ☐ 31 ☐ 32 ☐ 33 ☐ 34 ☐ 35 ☐ 36 ☐ 37 ☐ 38 ☐ 39 ☐ 40 ☐ 41 ☐ 42 ☐ 43 ☐ 44 ☐ 45 ☐ 46 ☐ 47 ☐ 48 ☐ 49 ☐ 50 ☐ 51 ☐ 52 ☐ 53 ☐ 54 ☐ 55 ☐ 56 ☐ 57 ☐ 58 ☐ 59 ☐ 60 ☐ 61 ☐ 62 ☐ 63 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 66 ☐ 67 ☐ 68 ☐ 69 ☐ 70 ☐ 71 ☐ 72 ☐ 73 ☐ 74 ☐ 75 ☐ 76 ☐ 77 ☐ 78 ☐ 79 ☐ 80 ☐ 81 ☐ 82 ☐ 83 ☐ 84 ☐ 85 ☐ 86 ☐ 87 ☐ 88 ☐ 89 ☐ 90 ☐ 91 ☐ 92 ☐ 93 ☐ 94 ☐ 95 ☐ 96 ☐ 97 ☐ 98 ☐ 99 ☐ 100 ☐ 101 ☐ 102 ☐ 103 ☐ 104 ☐ 105 ☐ 106 ☐ 107 ☐ 108 ☐ 109 ☐ 110 ☐ 111 ☐ 112 ☐ 113 ☐ 114 ☐ 115 ☐ 116 ☐ 117 ☐ 118 ☐ 119 ☐ 120 ☐ 121 ☐ 122 ☐ 123 ☐ 124 ☐ 125 ☐ 126 ☐ 127 ☐ 128 ☐ 129 ☐ 130 ☐ 131 ☐ 132 ☐ 133 ☐ 134 ☐ 135 ☐ 136 ☐ 137 ☐ 138 ☐ 139 ☐ 140 ☐ 141 ☐ 142 ☐ 143 ☐ 144 ☐ 145 ☐ 146 ☐ 147 ☐ 148 ☐ 149 ☐ 150 ☐ 151 ☐ 152 ☐ 153 ☐ 154 ☐ 155 ☐ 156 ☐ 157 ☐ 158 ☐ 159 ☐ 160 ☐ 161 ☐ 162 ☐ 163 ☐ 164 ☐ 165 ☐ 166 ☐ 167 ☐ 168 ☐ 169 ☐ 170 ☐ 171 ☐ 172 ☐ 173 ☐ 174 ☐ 175 ☐ 176 ☐ 177 ☐ 178 ☐ 179 ☐ 180 ☐ 181 ☐ 182 ☐ 183 ☐ 184 ☐ 185 ☐ 186 ☐ 187 ☐ 188 ☐ 189 ☐ 190 ☐ 191 ☐ 192 ☐ 193 ☐ 194 ☐ 195 ☐ 196 ☐ 197 ☐ 198 ☐ 199 ☐ 200 ☐ 201 ☐ 202 ☐ 203 ☐ 204 ☐ 205 ☐ 206 ☐ 207 ☐ 208 ☐ 209 ☐ 210 ☐ 211 ☐ 212 ☐ 213 ☐ 214 ☐ 215 ☐ 216 ☐ 217 ☐ 218 ☐ 219 ☐ 220 ☐ 221 ☐ 222 ☐ 223 ☐ 224 ☐ 225 ☐ 226 ☐ 227 ☐ 228 ☐ 229 ☐ 230 ☐ 231 ☐ 232 ☐ 233 ☐ 234 ☐ 235 ☐ 236 ☐ 237 ☐ 238 ☐ 239 ☐ 240 ☐ 241 ☐ 242 ☐ 243 ☐ 244 ☐ 245 ☐ 246 ☐ 247 ☐ 248 ☐ 249 ☐ 250 ☐ 251 ☐ 252 ☐ 253 ☐ 254 ☐ 255 ☐ 256 ☐ 257 ☐ 258 ☐ 259 ☐ 260 ☐ 261 ☐ 262 ☐ 263 ☐ 264 ☐ 265 ☐ 266 ☐ 267 ☐ 268 ☐ 269 ☐ 270 ☐ 271 ☐ 272 ☐ 273 ☐ 274 ☐ 275 ☐ 276 ☐ 277 ☐ 278 ☐ 279 ☐ 280 ☐ 281 ☐ 282 ☐ 283 ☐ 284 ☐ 285 ☐ 286 ☐ 287 ☐ 288 ☐ 289 ☐ 290 ☐ 291 ☐ 292 ☐ 293 ☐ 294 ☐ 295 ☐ 296 ☐ 297 ☐ 298 ☐ 299 ☐ 300 ☐ 301 ☐ 302 ☐ 303 ☐ 304 ☐ 305 ☐ 306 ☐ 307 ☐ 308 ☐ 309 ☐ 310 ☐ 311 ☐ 312 ☐ 313 ☐ 314 ☐ 315 ☐ 316 ☐ 317 ☐ 318 ☐ 319 ☐ 320 ☐ 321 ☐ 322 ☐ 323 ☐ 324 ☐ 325 ☐ 326 ☐ 327 ☐ 328 ☐ 329 ☐ 330 ☐ 331 ☐ 332 ☐ 333 ☐ 334 ☐ 335 ☐ 336 ☐ 337 ☐ 338 ☐ 339 ☐ 340 ☐ 341 ☐ 342 ☐ 343 ☐ 344 ☐ 345 ☐ 346 ☐ 347 ☐ 348 ☐ 349 ☐ 350 ☐ 351 ☐ 352 ☐ 353 ☐ 354 ☐ 355 ☐ 356 ☐ 357 ☐ 358 ☐ 359 ☐ 360 ☐ 361 ☐ 362 ☐ 363 ☐ 364 ☐ 365 ☐ 366 ☐ 367 ☐ 368 ☐ 369 ☐ 370 ☐ 371 ☐ 372 ☐ 373 ☐ 374 ☐ 375 ☐ 376 ☐ 377 ☐ 378 ☐ 379 ☐ 380 ☐ 381 ☐ 382 ☐ 383 ☐ 384 ☐ 385 ☐ 386 ☐ 387 ☐ 388 ☐ 389 ☐ 390 ☐ 391 ☐ 392 ☐ 393 ☐ 394 ☐ 395 ☐ 396 ☐ 397 ☐ 398 ☐ 399 ☐ 400 ☐ 401 ☐ 402 ☐ 403 ☐ 404 ☐ 405 ☐ 406 ☐ 407 ☐ 408 ☐ 409 ☐ 410 ☐ 411 ☐ 412 ☐ 413 ☐ 414 ☐ 415 ☐ 416 ☐ 417 ☐ 418 ☐ 419 ☐ 420 ☐ 421 ☐ 422 ☐ 423 ☐ 424 ☐ 425 ☐ 426 ☐ 427 ☐ 428 ☐ 429 ☐ 430 ☐ 431 ☐ 432 ☐ 433 ☐ 434 ☐ 435 ☐ 436 ☐ 437 ☐ 438 ☐ 439 ☐ 440 ☐ 441 ☐ 442 ☐ 443 ☐ 444 ☐ 445 ☐ 446 ☐ 447 ☐ 448 ☐ 449 ☐ 450 ☐ 451 ☐ 452 ☐ 453 ☐ 454 ☐ 455 ☐ 456 ☐ 457 ☐ 458 ☐ 459 ☐ 460 ☐ 461 ☐ 462 ☐ 463 ☐ 464 ☐ 465 ☐ 466 ☐ 467 ☐ 468 ☐ 469 ☐ 470 ☐ 471 ☐ 472 ☐ 473 ☐ 474 ☐ 475 ☐ 476 ☐ 477 ☐ 478 ☐ 479 ☐ 480 ☐ 481 ☐ 482 ☐ 483 ☐ 484 ☐ 485 ☐ 486 ☐ 487 ☐ 488 ☐ 489 ☐ 490 ☐ 491 ☐ 492 ☐ 493 ☐ 494 ☐ 495 ☐ 496 ☐ 497 ☐ 498 ☐ 499 ☐ 500 ☐ 501 ☐ 502 ☐ 503 ☐ 504 ☐ 505 ☐ 506 ☐ 507 ☐ 508 ☐ 509 ☐ 510 ☐ 511 ☐ 512 ☐ 513 ☐ 514 ☐ 515 ☐ 516 ☐ 517 ☐ 518 ☐ 519 ☐ 520 ☐ 521 ☐ 522 ☐ 523 ☐ 524 ☐ 525 ☐ 526 ☐ 527 ☐ 528 ☐ 529 ☐ 530 ☐ 531 ☐ 532 ☐ 533 ☐ 534 ☐ 535 ☐ 536 ☐ 537 ☐ 538 ☐ 539 ☐ 540 ☐ 541 ☐ 542 ☐ 543 ☐ 544 ☐ 545 ☐ 546 ☐ 547 ☐ 548 ☐ 549 ☐ 550 ☐ 551 ☐ 552 ☐ 553 ☐ 554 ☐ 555 ☐ 556 ☐ 557 ☐ 558 ☐ 559 ☐ 560 ☐ 561 ☐ 562 ☐ 563 ☐ 564 ☐ 565 ☐ 566 ☐ 567 ☐ 568 ☐ 569 ☐ 570 ☐ 571 ☐ 572 ☐ 573 ☐ 574 ☐ 575 ☐ 576 ☐ 577 ☐ 578 ☐ 579 ☐ 580 ☐ 581 ☐ 582 ☐ 583 ☐ 584 ☐ 585 ☐ 586 ☐ 587 ☐ 588 ☐ 589 ☐ 590 ☐ 591 ☐ 592 ☐ 593 ☐ 594 ☐ 595 ☐ 596 ☐ 597 ☐ 598 ☐ 599 ☐ 600 ☐ 601 ☐ 602 ☐ 603 ☐ 604 ☐ 605 ☐ 606 ☐ 607 ☐ 608 ☐ 609 ☐ 610 ☐ 611 ☐ 612 ☐ 613 ☐ 614 ☐ 615 ☐ 616 ☐ 617 ☐ 618 ☐ 619 ☐ 620 ☐ 621 ☐ 622 ☐ 623 ☐ 624 ☐ 625 ☐ 626 ☐ 627 ☐ 628 ☐ 629 ☐ 630 ☐ 631 ☐ 632 ☐ 633 ☐ 634 ☐ 635 ☐ 636 ☐ 637 ☐ 638 ☐ 639 ☐ 640 ☐ 641 ☐ 642 ☐ 643 ☐ 644 ☐ 645 ☐ 646 ☐ 647 ☐ 648 ☐ 649 ☐ 650 ☐ 651 ☐ 652 ☐ 653 ☐ 654 ☐ 655 ☐ 656 ☐ 657 ☐ 658 ☐ 659 ☐ 660 ☐ 661 ☐ 662 ☐ 663 ☐ 664 ☐ 665 ☐ 666 ☐ 667 ☐ 668 ☐ 669 ☐ 670 ☐ 671 ☐ 672 ☐ 673 ☐ 674 ☐ 675 ☐ 676 ☐ 677 ☐ 678 ☐ 679 ☐ 680 ☐ 681 ☐ 682 ☐ 683 ☐ 684 ☐ 685 ☐ 686 ☐ 687 ☐ 688 ☐ 689 ☐ 690 ☐ 691 ☐ 692 ☐ 693 ☐ 694 ☐ 695 ☐ 696 ☐ 697 ☐ 698 ☐ 699 ☐ 700 ☐ 701 ☐ 702 ☐ 703 ☐ 704 ☐ 705 ☐ 706 ☐ 707 ☐ 708 ☐ 709 ☐ 710 ☐ 711 ☐ 712 ☐ 713 ☐ 714 ☐ 715 ☐ 716 ☐ 717 ☐ 718 ☐ 719 ☐ 720 ☐ 721 ☐ 722 ☐ 723 ☐ 724 ☐ 725 ☐ 726 ☐ 727 ☐ 728 ☐ 729 ☐ 730 ☐ 731 ☐ 732 ☐ 733 ☐ 734 ☐ 735 ☐ 736 ☐ 737 ☐ 738 ☐ 739 ☐ 740 ☐ 741 ☐ 742 ☐ 743 ☐ 744 ☐ 745 ☐ 746 ☐ 747 ☐ 748 ☐ 749 ☐ 750 ☐ 751 ☐ 752 ☐ 753 ☐ 754 ☐ 755 ☐ 756 ☐ 757 ☐ 758 ☐ 759 ☐ 760 ☐ 761 ☐ 762 ☐ 763 ☐ 764 ☐ 765 ☐ 766 ☐ 767 ☐ 768 ☐ 769 ☐ 770 ☐ 771 ☐ 772 ☐ 773 ☐ 774 ☐ 775 ☐ 776 ☐ 777 ☐ 778 ☐ 779 ☐ 780 ☐ 781 ☐ 782 ☐ 783 ☐ 784 ☐ 785 ☐ 786 ☐ 787 ☐ 788 ☐ 789 ☐ 790 ☐ 791 ☐ 792 ☐ 793 ☐ 794 ☐ 795 ☐ 796 ☐ 797 ☐ 798 ☐ 799 ☐ 800 ☐ 801 ☐ 802 ☐ 803 ☐ 804 ☐ 805 ☐ 806 ☐ 807 ☐ 808 ☐ 809 ☐ 810 ☐ 811 ☐ 812 ☐ 813 ☐ 814 ☐ 815 ☐ 816 ☐ 817 ☐ 818 ☐ 819 ☐ 820 ☐ 821 ☐ 822 ☐ 823 ☐ 824 ☐ 825 ☐ 826 ☐ 827 ☐ 828 ☐ 829 ☐ 830 ☐ 831 ☐ 832 ☐ 833 ☐ 834 ☐ 835 ☐ 836 ☐ 837 ☐ 838 ☐ 839 ☐ 840 ☐ 841 ☐ 842 ☐ 843 ☐ 844 ☐ 845 ☐ 846 ☐ 847 ☐ 848 ☐ 849 ☐ 850 ☐ 851 ☐ 852 ☐ 853 ☐ 854 ☐ 855 ☐ 856 ☐ 857 ☐ 858 ☐ 859 ☐ 860 ☐ 861 ☐ 862 ☐ 863 ☐ 864 ☐ 865 ☐ 866 ☐ 867 ☐ 868 ☐ 869 ☐ 870 ☐ 871 ☐ 872 ☐ 873 ☐ 874 ☐ 875 ☐ 876 ☐ 877 ☐ 878 ☐ 879 ☐ 880 ☐ 881 ☐ 882 ☐ 883 ☐ 884 ☐ 885 ☐ 886 ☐ 887 ☐ 888 ☐ 889 ☐ 890 ☐ 891 ☐ 892 ☐ 893 ☐ 894 ☐ 895 ☐ 896 ☐ 897 ☐ 898 ☐ 899 ☐ 900 ☐ 901 ☐ 902 ☐ 903 ☐ 904 ☐ 905 ☐ 906 ☐ 907 ☐ 908 ☐ 909 ☐ 910 ☐ 911 ☐ 912 ☐ 913 ☐ 914 ☐ 915 ☐ 916 ☐ 917 ☐ 918 ☐ 919 ☐ 920 ☐ 921 ☐ 922 ☐ 923 ☐ 924 ☐ 925 ☐ 926 ☐ 927 ☐ 928 ☐ 929 ☐ 930 ☐ 931 ☐ 932 ☐ 933 ☐ 934 ☐ 935 ☐ 936 ☐ 937 ☐ 938 ☐ 939 ☐ 940 ☐ 941 ☐ 942 ☐ 943 ☐ 944 ☐ 945 ☐ 946 ☐ 947 ☐ 948 ☐ 949 ☐ 950 ☐ 951 ☐ 952 ☐ 953 ☐ 954 ☐ 955 ☐ 956 ☐ 957 ☐ 958 ☐ 959 ☐ 960 ☐ 961 ☐ 962 ☐ 963 ☐ 964 ☐ 965 ☐ 966 ☐ 967 ☐ 968 ☐ 969 ☐ 970 ☐ 971 ☐ 972 ☐ 973 ☐ 974 ☐ 975 ☐ 976 ☐ 977 ☐ 978 ☐ 979 ☐ 980 ☐ 981 ☐ 982 ☐ 983 ☐ 984 ☐ 985 ☐ 986 ☐ 987 ☐ 988 ☐ 989 ☐ 990 ☐ 991 ☐ 992 ☐ 993 ☐ 994 ☐ 995 ☐ 996 ☐ 997 ☐ 998 ☐ 999 ☐ 1000 ☐ 1001 ☐ 1002 ☐ 1003 ☐ 1004 ☐ 1005 ☐ 1006 ☐ 1007 ☐ 1008 ☐ 1009 ☐ 1010 ☐ 1011 ☐ 1012 ☐ 1013 ☐ 1014 ☐ 1015 ☐ 1016 ☐ 1017 ☐ 1018 ☐ 1019 ☐ 1020 ☐ 1021 ☐ 1022 ☐ 1023 ☐ 1024 ☐ 1025 ☐ 1026 ☐ 1027 ☐ 1028 ☐ 1029 ☐ 1030 ☐ 1031 ☐ 1032 ☐ 1033 ☐ 1034 ☐ 1035 ☐ 1036 ☐ 1037 ☐ 1038 ☐ 1039 ☐ 1040 ☐ 1041 ☐ 1042 ☐ 1043 ☐ 1044 ☐ 1045 ☐ 1046 ☐ 1047 ☐ 1048 ☐ 1049 ☐ 1050 ☐ 1051 ☐ 1052 ☐ 1053 ☐ 1054 ☐ 1055 ☐ 1056 ☐ 1057 ☐ 1058 ☐ 1059 ☐ 1060 ☐ 1061 ☐ 1062 ☐ 1063 ☐ 1064 ☐ 1065 ☐ 1066 ☐ 1067 ☐ 1068 ☐ 1069 ☐ 1070 ☐ 1071 ☐ 1072 ☐ 1073 ☐ 1074 ☐ 1075 ☐ 1076 ☐ 10

FECHA DE GENERACIÓN

10/10/2022

NÚMERO DE RADICADO

10628691

TIPO DE AFILIADO

DEPENDIENTE

DATOS DE LA EMPRESA

NIT

802010216

EMPRESA

TEMPOCOLBA LTDA.

SUCURSAL

TEMPOCOLBA LTDA.

DATOS DEL TRABAJADOR

DOCUMENTO No.

1007608013

TIPO DE DOCUMENTO

CEDULA DE CIUDADANIA

NOMBRE COMPLETO

RONYS RAMOS MARTINEZ

DIRECCIÓN

CL 112A 83 37

MUNICIPIO

BARRANQUILLA

BARRIO

LAS FLORES

TELÉFONO

3000000

CELULAR

3003952066

CORREO ELECTRÓNICO

ronnyramosmartinez1997@gmail.com

FECHA DE NACIMIENTO

1997/10/10

ESTADO CIVIL

SOLTERO

NIVEL EDUCATIVO

NINGUNO

TIPO DE VIVIENDA

OTROS

INFORMACIÓN LABORAL

CARGO U OFICIO QUE DESEMPEÑA

AYUDANTE DE OBRA

SUELDO

\$1.000.000

ESTADO DE AFILIACIÓN

ACTIVO

HORARIO LABORAL

TIEMPO COMPLETO

FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA

2022/10/08

FECHA DE RECIBO

2022/10/10

DATOS DEL CONYUGE/COMPAÑERO

DOCUMENTO No.

-

TIPO DE DOCUMENTO

-

NOMBRE COMPLETO

-

FECHA DE NACIMIENTO

-

SEXO

-

NIVEL EDUCATIVO

-

SUELDO

\$0

CARGO U OFICIO

-

EMPRESA

-

NIT

-

PERSONAS BENEFICIARIAS DEL SUBSIDIO FAMILIAR

NP

DOCUMENTO

NOMBRE COMPLETO

CLASE

SEXO

F. NACIM.

DISCAPACIDAD

AUTORIZO, PERMITO Y ACEPTO QUE LA INFORMACIÓN QUE SUMINISTRO EN ESTE FORMULARIO O QUE SUMINISTRÉ EN DOCUMENTOS ANTERIORES PARA AFILIARME A COMBARRANQUILLA SEA UTILIZADA POR ESTA ENTIDAD PARA FINES ADMINISTRATIVOS, PUBLICITARIOS, DE MERCADEO Y DE VENTAS.

GENERALIDADES

- A partir de la fecha de recibido de este formulario, el trabajador y su núcleo familiar, puede hacer uso de los servicios de COMBARRANQUILLA en los diferentes puntos de atención. Sólo debe suministrar su nombre y/o número de documento de identificación.
- Niños mayores a 12 años deben presentar certificado educativo.
- Las personas a cargo serán beneficiarias del Subsidio Familiar en Dinero a partir de la fecha en que se presenten los documentos que prueben su derecho a la cuota correspondiente.

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

RONYS MANUEL RAMOS MARTINEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.007.608.013**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 10 de Octubre del 2022.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

Medellín, 10 de Octubre de 2022

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de SERV TIEMPO COLOMBIA TEMPOCOLBA SAS, en el centro de trabajo 0000000005 - BARRANQUILLA 50, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1007608013	RAMOS MARTINEZ RONY S	08/10/2022		22157128	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C11408576612228330426

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación. Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 10/10/2022 08:27:06.

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.0.28.37, 198.143.41.45, 172.16.42.57

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JAIRO RAFAEL ORTIZ LOAIZA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **3.747.867**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 18 de Octubre del 2022.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co y actualice su Historia Laboral.

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

HECTOR LEONARDO NARVAEZ MORA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.044.427.512**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 23 de Noviembre del 2022.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Medellín, 18 de Octubre de 2022

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de SERV TIEMPO COLOMBIA TEMPOCOLBA SAS, en el centro de trabajo 0000000005 - BARRANQUILLA 50, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C3747867	ORTIZ LOAIZA JAIRO RAFAEL	18/10/2022		18420p63	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C11408576612229129714

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación. Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 18/10/2022 08:15:14.

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.0.28.37, 198.143.41.45, 172.16.42.57

Medellín, 23 de Noviembre de 2022

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de SERV TIEMPO COLOMBIA TEMPOCOLBA SAS, en el centro de trabajo 0000000005 - BARRANQUILLA 50, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1044427512	NARVAEZ MORA HECTOR	23/11/2022		23920495	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C11408576612232729075

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación. Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 23/11/2022 08:04:35.

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.0.28.37, 198.143.41.32, 172.16.42.57

FECHA DE GENERACIÓN

18/10/2022

NÚMERO DE RADICADO

10632257

TIPO DE AFILIADO

DEPENDIENTE

DATOS DE LA EMPRESA

NIT

802010216

EMPRESA

TEMPOCOLBA LTDA.

SUCURSAL

TEMPOCOLBA LTDA.

DATOS DEL TRABAJADOR

DOCUMENTO No.

3747867

TIPO DE DOCUMENTO

CEDULA DE CIUDADANIA

NOMBRE COMPLETO

JAIRO RAFAEL ORTIZ LOAIZA

DIRECCIÓN

CL 14 9 28

MUNICIPIO

BARRANQUILLA

BARRIO

LA PLAYA

TELÉFONO

3510312

CELULAR

3016693834

CORREO ELECTRÓNICO

jairo73ortizloaiza@gmail.com

FECHA DE NACIMIENTO

1973/07/09

ESTADO CIVIL

UNION LIBRE

NIVEL EDUCATIVO

SECUNDARIA

TIPO DE VIVIENDA

PROPIA

INFORMACIÓN LABORAL

CARGO U OFICIO QUE DESEMPEÑA

AYUDANTE DE OBRA

SUELDO

\$1.000.000

ESTADO DE AFILIACIÓN

ACTIVO

HORARIO LABORAL

TIEMPO COMPLETO

FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA

2022/10/18

FECHA DE RECIBO

2022/10/18

DATOS DEL CONYUGE/COMPAÑERO

DOCUMENTO No.

22531447

TIPO DE DOCUMENTO

CEDULA DE CIUDADANIA

NOMBRE COMPLETO

CLAUDIA FONTALVO

FECHA DE NACIMIENTO

1976/02/05

SEXO

FEMENINO

NIVEL EDUCATIVO

NINGUNO

SUELDO

\$0

CARGO U OFICIO

DESCONOCIDO

EMPRESA

NO AFILIADO

NIT

0

PERSONAS BENEFICIARIAS DEL SUBSIDIO FAMILIAR

NP

DOCUMENTO

NOMBRE COMPLETO

CLASE

SEXO

F. NACIM.

DISCAPACIDAD

AUTORIZO, PERMITO Y ACEPTO QUE LA INFORMACIÓN QUE SUMINISTRO EN ESTE FORMULARIO O QUE SUMINISTRÉ EN DOCUMENTOS ANTERIORES PARA AFILIARME A COMBARRANQUILLA SEA UTILIZADA POR ESTA ENTIDAD PARA FINES ADMINISTRATIVOS, PUBLICITARIOS, DE MERCADEO Y DE VENTAS.

GENERALIDADES

- A partir de la fecha de recibido de este formulario, el trabajador y su núcleo familiar, puede hacer uso de los servicios de COMBARRANQUILLA en los diferentes puntos de atención. Sólo debe suministrar su nombre y/o número de documento de identificación.
- Niños mayores a 12 años deben presentar certificado educativo.
- Las personas a cargo serán beneficiarias del Subsidio Familiar en Dinero a partir de la fecha en que se presenten los documentos que prueben su derecho a la cuota correspondiente.



FECHA DE GENERACIÓN

23/11/2022

NÚMERO DE RADICADO

10649967

TIPO DE AFILIADO

DEPENDIENTE

DATOS DE LA EMPRESA

NIT

802010216

EMPRESA

TEMPOCOLBA LTDA.

SUCURSAL

TEMPOCOLBA LTDA.

DATOS DEL TRABAJADOR

DOCUMENTO No.

1044427512

TIPO DE DOCUMENTO

CEDULA DE CIUDADANIA

NOMBRE COMPLETO

HECTOR LEONARDO NARVAEZ MORA

DIRECCIÓN

CR 17B 18A 87

MUNICIPIO

BARRANQUILLA

BARRIO

LA PLAYA

TELÉFONO

0

CELULAR

3003156886

CORREO ELECTRÓNICO

hectorleonardonarvaez@gmail.com

FECHA DE NACIMIENTO

1991/11/18

ESTADO CIVIL

UNION LIBRE

NIVEL EDUCATIVO

NINGUNO

TIPO DE VIVIENDA

ARRENDADA

INFORMACIÓN LABORAL

CARGO U OFICIO QUE DESEMPEÑA

AUXILIAR DE TRAFICO

SUELDO

\$1.000.000

ESTADO DE AFILIACIÓN

ACTIVO

HORARIO LABORAL

TIEMPO COMPLETO

FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA

2022/11/23

FECHA DE RECIBO

2022/11/ 23

DATOS DEL CONYUGE/COMPAÑERO

DOCUMENTO No.

1140849653

TIPO DE DOCUMENTO

CEDULA DE CIUDADANIA

NOMBRE COMPLETO

ANGELA PATRICIA MOLINARES HENRIQUEZ

FECHA DE NACIMIENTO

1992/03/17

SEXO

FEMENINO

NIVEL EDUCATIVO

SECUNDARIA

SUELDO

\$0

CARGO U OFICIO

DESCONOCIDO

EMPRESA

NO AFILIADO

NIT

0

PERSONAS BENEFICIARIAS DEL SUBSIDIO FAMILIAR

NP

3

DOCUMENTO

RC55955850

NOMBRE COMPLETO

DAYANA VALENTINA NARVAEZ MOLINARES

CLASE

HIJO

SEXO

FEMENINO

F. NACIM.

2015/11/17

DISCAPACIDAD

N

AUTORIZO, PERMITO Y ACEPTO QUE LA INFORMACIÓN QUE SUMINISTRO EN ESTE FORMULARIO O QUE SUMINISTRÉ EN DOCUMENTOS ANTERIORES PARA AFILIARME A COMBARRANQUILLA SEA UTILIZADA POR ESTA ENTIDAD PARA FINES ADMINISTRATIVOS, PUBLICITARIOS, DE MERCADEO Y DE VENTAS.

GENERALIDADES

- A partir de la fecha de recibido de este formulario, el trabajador y su núcleo familiar, puede hacer uso de los servicios de COMBARRANQUILLA en los diferentes puntos de atención. Sólo debe suministrar su nombre y/o número de documento de identificación.
- Niños mayores a 12 años deben presentar certificado educativo.
- Las personas a cargo serán beneficiarias del Subsidio Familiar en Dinero a partir de la fecha en que se presenten los documentos que prueben su derecho a la cuota correspondiente.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

No. de Radicación	Fecha de Radicación
9488265868	18/10/2022

1. Tipo de Trámite A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒		2. Tipo de Afiliación A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia ☒ Beneficiario o Afiliado adicional ☐		3. Régimen A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐	
4. Tipo de cotizado A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐		5. Tipo de cotizante A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐		6. Código (a registrar por la EPS) 1	

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

8. Apellidos y Nombres ORTIZ		9. LOAIZA		10. JAIRO		11. RAFAEL	
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
7. Tipo de documento de identidad CC	6. N° del documento de identidad 3747867	5. Sexo Femenino ☐ Masculino ☒	4. Fecha de nacimiento 09/07/1973 D M M A A A	3. Estado Civil SOLTERO (A)	2. EPS anterior		

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

1. Etnia	2. Discapacidad Tipo: F M M Condición: T P	3. Puntaje SISBEN	4. Grupo de población especial
5. Acreditación de Récord Laboral - ARL SURA ARL	6. Acreditación de pensión PORVENIR	7. Ingreso base de cotizante - IBC 1000000	
8. Residencia			
9. Dirección CALLE 14 NO 9 28		10. Teléfono fijo 3017877308	11. Correo electrónico gabrielmensajero17@gmail.com
12. Municipio BARRANQUILLA	13. Zona Urbana ☒ Rural ☐	14. Localidad / Comuna LA PLAYA	15. Departamento ATLANTICO

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

16. Apellidos y nombres		17. Primer apellido		18. Segundo apellido		19. Primer nombre		20. Segundo nombre	
21. Tipo de documento de identidad		22. N° del documento de identidad		23. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐		24. Fecha de nacimiento D M M A A A		25. Dirección	
26. Municipio/Obstrio		27. Zona Rural ☐ Urbana ☐		28. Departamento		29. Código EPS (a registrar por la EPS)		30. Teléfono fijo	
								31. Celular	

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

32. Apellidos y nombres		33. Primer apellido		34. Segundo apellido		35. Primer nombre		36. Segundo nombre	
37. Tipo de documento de identidad		38. Número del documento de identidad		39. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐		40. Fecha de nacimiento D M M A A A		41. Dirección	
42. Municipio/Obstrio		43. Zona Rural ☐ Urbana ☐		44. Departamento		45. Código EPS (a registrar por la EPS)		46. Teléfono fijo	
								47. Celular	

Datos Complementarios

48. Parentesco	49. Etnia	50. Discapacidad (Marque con una X) Tipo: E N M Condición: T P		51. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					
52. Datos de residencia		53. Zona U R	54. Municipio / Distrito	55. Departamento	56. Teléfono Fijo
B1		U R			
B2		U R			
B3		U R			
B4		U R			
B5		U R			

Selección de la EPS Primaria

57. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		58. Código de la EPS (a registrar por la EPS)
C	SALUD INTEGRAL Y RESOLUTIVA I.P.S. S.A.S.	224
B		
E		
D		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

59. Nombre o razón social SERVICIOS TEMPORALES DE COLOMBIA	60. Tipo de documento de radicación N	61. Número del documento de identificación 802010216	62. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
63. Ubicación KRA 50 NO 72 61	64. Teléfono 3185373	65. Correo electrónico segsocialtempocolba@grupocolbaBARRANQUILLA	66. Departamento ATLANTICO

B. REPORTE DE NOVEDADES

Página 2

60. Tipo de Novedad

☒ 1. Modificación de los datos básicos de identificación. ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación. ☐ 3. Actualización del documento de identidad. ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios. ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código ☐ 6. Reinscripción en la EPS. ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. ☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar. ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.	☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. ☒ 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo ☒ B. Régimen Subsidiado ☐ 14. Traslado: A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☐ 15. Reporte de fallecimiento. ☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante. ☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado. ☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado.
--	---

VI. DATOS PARA REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación del cotizante o beneficiario (O) puntillando con tinta

Primer apellido	Segundo apellido	Sexo	Fecha de nacimiento	Segunda fecha
43. APS Anterior	Número del documento de identidad	44. Motivo de traslado	45. Caja de Compensación Familiar o Pagadora de Pensiones	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

☒ 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
☒ 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
☐ 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impidan la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
☒ 49. Declaración de no intromisión del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución prestadora de servicios de salud.
☒ 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
☒ 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genera de la afiliación o del reporte de novedades de la base de datos de afiliados vigentes y las entidades públicas que por sus funciones lo requieran.
☒ 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
☒ 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de la familia o beneficiario: *Jaider Ortiz*
 55. El empleador, representante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio: *Alfonso Barrera*

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:

Cantidad: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐ 24 ☐ 25 ☐ 26 ☐ 27 ☐ 28 ☐ 29 ☐ 30 ☐ 31 ☐ 32 ☐ 33 ☐ 34 ☐ 35 ☐ 36 ☐ 37 ☐ 38 ☐ 39 ☐ 40 ☐ 41 ☐ 42 ☐ 43 ☐ 44 ☐ 45 ☐ 46 ☐ 47 ☐ 48 ☐ 49 ☐ 50 ☐ 51 ☐ 52 ☐ 53 ☐ 54 ☐ 55 ☐ 56 ☐ 57 ☐ 58 ☐ 59 ☐ 60 ☐ 61 ☐ 62 ☐ 63 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 66 ☐ 67 ☐ 68 ☐ 69 ☐ 70 ☐ 71 ☐ 72 ☐ 73 ☐ 74 ☐ 75 ☐ 76 ☐ 77 ☐ 78 ☐ 79 ☐ 80 ☐ 81 ☐ 82 ☐ 83 ☐ 84 ☐ 85 ☐ 86 ☐ 87 ☐ 88 ☐ 89 ☐ 90 ☐ 91 ☐ 92 ☐ 93 ☐ 94 ☐ 95 ☐ 96 ☐ 97 ☐ 98 ☐ 99 ☐ 100 ☐ Total

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.

58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.

59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.

60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.

61. Copia de la orden judicial del acto administrativo de custodia.

62. Documento en que consta la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración susrita por el cotizante sobre ausencia de los dos padres.

63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial	Código del departamento	67. Datos del SISBEN	Puntaje	Nivel	68. Fecha de Radicación
Código del Municipio		Número de Ficha			69. Fecha de Validación
70. Nombre del funcionario que realizó la validación					
Primer apellido	Segundo apellido	Primer apellido	Segundo apellido		
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad	71. Firma del Funcionario		
OBSERVACIONES					

Recuerda que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

VERIFICADO SU DUEÑO



9009420129
9009420129

No. de Radicación
25165406

Fecha de Radicación
23 11 M A 2022

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite A. Afiliación B. Reporte de Novedades ☒	2. Tipo de Afiliación A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia ☒ • Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	3. Régimen A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐	4. Tipo de afiliado A. Cotizante ☒ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐	5. Tipo de cotizante A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	Código (a registrar por la EPS)
--	--	---	--	---	---------------------------------

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres Primer Apellido NARVAEZ Segundo Apellido MORA Tercer Apellido HECTOR Cuarto Apellido LEONARDO	7. Tipo de documento de identidad CC	8. Número del documento de identidad 1044427512	9. Sexo Femenino ☐ Masculino ☒	10. Fecha de nacimiento D 18 D 11 M A 1991A A
--	--------------------------------------	---	--	--

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo F N M Condición T P	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA	16. Administradora de pensiones
17. Ingreso base de cotización - IBC \$1.000.000		18. Residencia Dirección Zona Urbana ☐ Rural ☐ Localidad / Comuna Departamento		Teléfono fijo Teléfono celular	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)					
19. Apellidos y nombres Primer Apellido Segundo Apellido		20. Tipo de documento de identidad		21. Número del documento de identidad	
22. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐		23. Fecha de nacimiento D D M M A A A A			

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre	B1 B2 B3 B4 B5
---	----------------------------

25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino Masculino	28. Fecha de nacimiento D D M M A A A A	29. Parentesco				30. Etnia
B1			D D M M A A A A					
B2			D D M M A A A A					
B3			D D M M A A A A					
B4			D D M M A A A A					
B5			D D M M A A A A					

31. Discapacidad Tipo Condición F N M T P	32. Datos de residencia Municipio / Distrito Zona Urbana Rural Departamento Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS C B B B	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
---	---

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social TEMPOCOLBA LTDA	36. Tipo de documento de identificación NT	37. Número del documento de identificación 802010216	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación AK 40 22 05	0553511650	BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad 1. Modificación de datos básicos de identificación ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación ☐ 3. Actualización del documento de identidad ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS ☐ 6. Reinscripción en la EPS ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar ☒ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo B. Régimen Subsidiado ☐ 14. Traslado: A. Mismo Régimen B. Diferente Régimen ☐ 15. Reporte de fallecimiento ☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante ☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado ☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado ☐
--

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre	42. Fecha novedad 23 11 M A 2022
43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código
45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.	☐
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.	☐
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.	☐
49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.	☐
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.	☐
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.	☐
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.	☐
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.	☐

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio
--	---

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total	57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.	☐
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.	59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.	☐
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.	61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.	☐
62. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.	63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.	☐
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.	65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.	☐

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial Código del municipio Código del departamento	67. Datos del SISBÉN Número de la ficha Puntaje Nivel	68. Fecha de radicación D D M M A A A A	69. Fecha de validación D D M M A A A A
70. Datos del funcionario que realiza la validación Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre			
71. Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES: CARGO: AUXILIAR ACTUARIAL	
71. Firma del funcionario			

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

Cambio Empleo



161980972

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE				
1. Tipo de Trámite A. Afiliación B. Reporte de Novedades		2. Tipo de Afiliación A. Individual B. Cotizante o Cabeza de Familia C. Beneficiario o Afiliado adicional D. Colectiva E. De Oficio F. Institucional		3. Régimen A. Contributivo B. Subsidiado
4. Tipo de Afiliado A. Cotizante B. Cabeza de Familia C. Beneficiario			5. Tipo de Cotizante A. Dependiente B. Independiente C. Pensionado	
			Código (a registrar por la EPS)	

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)									
6. Apellidos y nombres		Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
		Hartinez		Ortega		Ever			
7. Tipo de documento de identidad		8. Número del documento de identidad				9. Sexo		10. Fecha de nacimiento	
CN	TI	CE	CD						
RC	CC	PA	SC	72169174				Femenino Masculino	
								03/11/1970	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales				
11. Etnia	12. Discapacidad Tipo F N M Condición T P	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC 1200 000	
18. Residencia Dirección Ca 13 # 84-99			Teléfono Fijo	
Teléfono Celular 3044595153		Correo Electrónico emartinezorellano@gmail.com		
Municipio / Distrito		Zona Urbana Rural	Localidad / Comuna	
		Departamento		

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE			
Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente colizante			
19. Apellidos y nombres	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Primer Apellido			

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento								
CN TI CE CD CC CC CA CC		Femenino Masculino	<table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>0</td> <td>M</td> <td>M</td> <td>A</td> <td>A</td> <td>A</td> <td>A</td> </tr> </table>	0	0	M	M	A	A	A	A
0	0	M	M	A	A	A	A				

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

Datos básicos de identificación de los estudiantes y docentes				
2a.	Apellidos y nombres		Primer Nombre	
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos Complementarios

25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco
B1		Femenino Masculino	[D][O][M][I][N][O][S][A][S][A]	
B2		Femenino Masculino	[D][O][M][I][N][O][S][A][S][A]	
B3		Femenino Masculino	[D][O][M][I][N][O][S][A][S][A]	
B4		Femenino Masculino	[D][O][M][I][N][O][S][A][S][A]	
B5		Femenino Masculino	[D][O][M][I][N][O][S][A][S][A]	

30. Etnia	31. Discapacidad		32. Datos de Residencia		33. Valor de la UPC del Afiliado	
	Tipo	Condición	Municipio/Distrito	Zona	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular
B1	F N M	T P		Urbana Rural		
B2	F N M	T P		Urbana Rural		
B3	F N M	T P		Urbana Rural		
B4	F N M	T P		Urbana Rural		
B5	F N M	T P		Urbana Rural		

Selección de la IPS Primaria		Código de la IPS (a registrar por la EPS)
34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		
C		
B		
B		
B		

-Original: EPS -1a Copia: EMPLEADOR -2a Copia: AFILIADO -

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLAADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO		36. Tipo documento de identificación NIT CC TI PA CE CD		37. Número del documento de identificación 802010216		38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)	
39. Ubicación Dirección		Correo Electrónico		Municipio <i>Bogotá</i>		Departamento <i>CD</i>	
Teléfono Fijo							

40. Tipo de Novedad		B. REPORTE DE NOVEDADES	
☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación ☐ 3. Actualización del documento de identidad ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS Código ☐ 6. Reinscripción en la EPS ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando		☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 13. Movilidad ☐ A Régimen Contributivo ☐ B Régimen Subsidiado ☐ 14. Traslado ☐ A Mismo Régimen ☐ B Diferente Régimen ☐ 15. Reporte de fallecimiento ☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante ☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado ☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado	

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD			
41. Datos básicos de identificación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC PA SC		Número del documento de identidad	Sexo Femenino Masculino
43. EPS anterior		44. Motivo de traslado Código	45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES	
☐ 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. ☐ 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. ☐ 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. ☐ 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. ☐ 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. ☐ 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. ☐ 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. ☐ 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.	

VIII. FIRMAS	
54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio

IX. ANEXOS	
☐ 56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC TOTAL Cantidad	
☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. ☐ 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. ☐ 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. ☐ 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. ☐ 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. ☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. ☐ 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. ☐ 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.	

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL			
66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio Código del Departamento		67. Datos del SISBÉN Número de ficha Puntaje Nivel	
68. Fecha de Radicación		69. Fecha de Validación	
70. Datos del funcionario que realiza la validación Primer Apellido Segundo Apellido		Primer Nombre Segundo Nombre	
Tipo de documento		Número de documento de identidad	
Observaciones: <i>Original</i>		71. Firma del Funcionario <i>[Firma]</i> 03 OCT 2022	
Recuerda que con la firma del formulario, el usuario manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.			
Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial		Sello de Radicación	
		Sticker procesamiento	

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **EVER ENRIQUE MARTINEZ ORELLANO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **72169174**, se encuentra afiliado/a desde **27/02/1996** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 04 de octubre de 2022.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

VIGILADO

FECHA DE GENERACIÓN

04/10/2022

NÚMERO DE RADICADO

10625730

TIPO DE AFILIADO

DEPENDIENTE

DATOS DE LA EMPRESA

NIT

802010216

EMPRESA

TEMPOCOLBA LTDA.

SUCURSAL

TEMPOCOLBA LTDA.

DATOS DEL TRABAJADOR

DOCUMENTO No.

72169174

TIPO DE DOCUMENTO

CEDULA DE CIUDADANIA

NOMBRE COMPLETO

EVER MARTINEZ ORELLANO

DIRECCIÓN

CR 13 84 99

MUNICIPIO

BARRANQUILLA

BARRIO

NO ESPECIFICADO

TELÉFONO

3000000

CELULAR

3044595153

CORREO ELECTRÓNICO

emartinezorellano@gmail.com

FECHA DE NACIMIENTO

1970/11/03

ESTADO CIVIL

SOLTERO

NIVEL EDUCATIVO

NINGUNO

TIPO DE VIVIENDA

OTROS

INFORMACIÓN LABORAL

CARGO U OFICIO QUE DESEMPEÑA

OFICIAL DE CARPINTERIA METALICA

SUELDO

\$1.200.000

ESTADO DE AFILIACIÓN

ACTIVO

HORARIO LABORAL

TIEMPO COMPLETO

FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA

2022/10/03

FECHA DE RECIBO

2022/10/04

DATOS DEL CONYUGE/COMPAÑERO

DOCUMENTO No.

-

TIPO DE DOCUMENTO

-

NOMBRE COMPLETO

-

FECHA DE NACIMIENTO

-

SEXO

-

NIVEL EDUCATIVO

-

SUELDO

\$0

CARGO U OFICIO

-

EMPRESA

-

NIT

-

PERSONAS BENEFICIARIAS DEL SUBSIDIO FAMILIAR

NP

DOCUMENTO

NOMBRE COMPLETO

CLASE

SEXO

F. NACIM.

DISCAPACIDAD

AUTORIZO, PERMITO Y ACEPTO QUE LA INFORMACIÓN QUE SUMINISTRO EN ESTE FORMULARIO O QUE SUMINISTRÉ EN DOCUMENTOS ANTERIORES PARA AFILIARME A COMBARRANQUILLA SEA UTILIZADA POR ESTA ENTIDAD PARA FINES ADMINISTRATIVOS, PUBLICITARIOS, DE MERCADEO Y DE VENTAS.

GENERALIDADES

- A partir de la fecha de recibido de este formulario, el trabajador y su núcleo familiar, puede hacer uso de los servicios de COMBARRANQUILLA en los diferentes puntos de atención. Sólo debe suministrar su nombre y/o número de documento de identificación.
- Niños mayores a 12 años deben presentar certificado educativo.
- Las personas a cargo serán beneficiarias del Subsidio Familiar en Dinero a partir de la fecha en que se presenten los documentos que prueben su derecho a la cuota correspondiente.



Medellín, 03 de Octubre de 2022

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de SERV TEMPO COLOMBIA TEMPOCOLBA SAS, en el centro de trabajo 0000000005 - BARRANQUILLA 50, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C72169174	MARTINEZ ORELLANO EVER ENRIQUE	03/10/2022		12321823	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C11408576612227664891

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación. Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 03/10/2022 18:01:29.

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.0.28.37, 198.143.41.41, 172.16.42.57

CERTIFICADO DE RADICACIÓN DE AFILIACIÓN Y/O NOVEDAD

COOSALUD EPS SA certifica que el día 10/10/2022, se radicó solicitud de trámite de afiliación y/o novedad ante esta EPS, relacionando los siguientes datos en el formulario adjunto:

• No. RADICADO:	27551403
• RÉGIMEN:	Contributivo
• TIPO DE TRÁMITE:	Movilidad al régimen contributivo
• FECHA DE INICIO DE RELACIÓN LABORAL:	2022-10-08
• TD AFILIADO:	CC
• NÚMERO DOCUMENTO AFILIADO:	1007608013
• TD EMPLEADOR:	NIT
• NÚMERO DOCUMENTO EMPLEADOR:	802010216
• FONDO DE PENSIÓN:	PORVENIR
• IBC:	\$1.000.000,00
• No. ADJUNTOS:	2

OBSERVACIONES:

1. Hasta tanto entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional, la afiliación y reporte de las novedades se realizará en el formulario físico que adopte el Ministerio de Salud y Protección Social directamente a las EPS, y éstas las reportarán a la Base de Datos de Afiliados del Sistema conforme a la normativa vigente. Decreto 780/2016.
 2. El trámite y gestión del caso radicado se realizará dentro de los 3 días hábiles posteriores a la fecha de expedición del presente documento. La respuesta será enviada al correo electrónico registrado en la plataforma de autogestión de empleadores.
 3. Documento NO válido para prestación de servicios médicos y/o trámite de traslados entre EPS.
- Cualquier inquietud con la información aquí contenida, puede comunicarse a través de las líneas 018000 515 611 ó #922.

La presente se expide a solicitud del interesado en Cartagena, a los 10 días del mes de Octubre de 2022.

Cordialmente,



CARLOS TORRES SALAZAR

Subdirector Nacional de Aseguramiento

COOSALUD EPS SA



Se certifica que CESAR ARTURO DE LA HOZ OJEDA identificado(a) con CC 1045690629 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

TEMPOCOLBA SAS NI 802010216

Periodo		Clave		Planilla		Novedades																
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2022-10	2022-11	1741249765	9442430266	E	2022-11-04	X								X								
Riesgo		Administradora		Días	Tarifa	IBC						Cotización										
AFP		COLFONDOS		25	16%	\$833,334						\$133,400										
ARL		ARL SURA		25	6.96%	\$833,334						\$58,100										
CCF		COMBARRANQUILLA		25	4%	\$833,333						\$33,400										
EPS		CAJACOPI ATLANTICO		25	4%	\$833,334						\$33,400										

Este certificado se expide el día 2022-11-04 a las 03:22.

Se certifica que JAVIER ENRIQUE VELEZ CAMARGO identificado(a) con CC 8706660 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

VALORES Y CONTRATOS S.A. VALORCON S.A. NI 800182330

Periodo		Clave		Planilla		Novedades																
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2022-10	2022-11	1738847297	9442405089	E	2022-11-03		P								X			X				
Riesgo		Administradora		Días	Tarifa	IBC						Cotización										
AFP		COLPENSIONES		11	16%	\$3,908,447						\$625,400										
AFP		COLPENSIONES		19	16%	\$6,750,953						\$1,080,200										
AFP		FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL		11		\$3,908,447						\$19,600										
AFP		FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL		19		\$6,750,953						\$33,800										
AFP		SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA		11		\$3,908,447						\$19,600										
AFP		SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA		19		\$6,750,953						\$33,800										
ARL		COLPATRIA ARP		11	6.96%	\$3,908,447						\$272,100										
ARL		COLPATRIA ARP		19	0%	\$6,750,953						\$0										
CCF		COMFAMILIAR ATLANTICO		11	4%	\$3,908,447						\$156,400										
CCF		COMFAMILIAR ATLANTICO		19	4%	\$6,750,953						\$270,100										
EPS		EPS SURA (ANTES SUSALUD)		11	12.5%	\$3,908,447						\$488,600										
EPS		EPS SURA (ANTES SUSALUD)		19	12.5%	\$6,750,953						\$843,900										
PARAFISCALES		INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR		11	3%	\$3,908,447						\$117,300										
PARAFISCALES		INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR		19	3%	\$6,750,953						\$202,600										
PARAFISCALES		SENA		11	2%	\$3,908,447						\$78,200										
PARAFISCALES		SENA		19	2%	\$6,750,953						\$135,100										
Periodo		Clave		Planilla		Novedades																
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2022-09	2022-10	1740452586	9440812987	E	2022-11-04																	
Riesgo		Administradora		Días	Tarifa	IBC						Cotización										
AFP		COLPENSIONES		30	16%	\$10,659,400						\$1,705,600										
AFP		FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL		30		\$10,659,400						\$53,300										
AFP		SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA		30		\$10,659,400						\$53,300										
ARL		COLPATRIA ARP		30	6.96%	\$10,659,400						\$741,900										
CCF		COMFAMILIAR ATLANTICO		30	4%	\$10,659,400						\$426,400										
EPS		EPS SURA (ANTES SUSALUD)		30	12.5%	\$10,659,400						\$1,332,500										
PARAFISCALES		INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR		30	3%	\$10,659,400						\$319,800										
PARAFISCALES		SENA		30	2%	\$10,659,400						\$213,200										

Este certificado se expide el día 2022-11-04 a las 02:34.

Se certifica que RAFAEL ENRIQUE ALTAHONA GARCIA identificado(a) con CC 72310473 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

TEMPOCOLBA SAS NI 802010216

Periodo		Clave		Planilla		Novedades																
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2022-09	2022-10	1692744493	9441140540	E	2022-10-06										X							
Riesgo		Administradora		Días	Tarifa	IBC						Cotización										
AFP		COLFONDOS		30	16%	\$1,262,500						\$202,000										
ARL		ARL SURA		30	6.96%	\$1,262,500						\$87,900										
CCF		COMBARRANQUILLA		30	4%	\$1,262,500						\$50,500										
EPS		SALUD TOTAL		30	4%	\$1,262,500						\$50,500										

Este certificado se expide el día 2022-10-06 a las 04:11.

Se certifica que DAIRO ALBERTO ALVAREZ VEGA identificado(a) con CC 85487023 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

TEMPOCOLBA SAS NI 802010216

Periodo		Clave		Planilla		Novedades																
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2022-09	2022-10	1692744493	9441140540	E	2022-10-06										X							
Riesgo		Administradora		Días	Tarifa	IBC						Cotización										
AFP		PORVENIR		30	16%	\$1,200,000						\$192,000										
ARL		ARL SURA		30	6.96%	\$1,200,000						\$83,600										
CCF		COMBARRANQUILLA		30	4%	\$1,200,000						\$48,000										
EPS		SALUD TOTAL		30	4%	\$1,200,000						\$48,000										

Este certificado se expide el día 2022-10-06 a las 04:11.

Se certifica que JOSE GREGORIO ATENCIO SIERRA identificado(a) con CC 72340503 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

TEMPOCOLBA SAS NI 802010216

Periodo		Clave		Planilla		Novedades																
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2022-09	2022-10	1692744493	9441140540	E	2022-10-06									X								
Riesgo		Administradora		Días	Tarifa	IBC						Cotización										
AFP		PROTECCION		30	16%	\$1,468,751						\$235,100										
ARL		ARL SURA		30	6.96%	\$1,468,751						\$102,300										
CCF		COMBARRANQUILLA		30	4%	\$1,468,751						\$58,800										
EPS		EPS SURA (ANTES SUSALUD)		30	4%	\$1,468,751						\$58,800										

Este certificado se expide el día 2022-10-06 a las 04:11.

Se certifica que JUAN CARLOS BERMUDEZ RAMIREZ identificado(a) con CC 11444618 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

TEMPOCOLBA SAS NI 802010216

Periodo		Clave		Planilla		Novedades																
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2022-09	2022-10	1692744493	9441140540	E	2022-10-06									X								
Riesgo		Administradora		Días	Tarifa	IBC						Cotización										
AFP		PORVENIR		30	16%	\$2,800,000						\$448,000										
ARL		ARL SURA		30	6.96%	\$2,800,000						\$194,900										
CCF		COMBARRANQUILLA		30	4%	\$2,800,000						\$112,000										
EPS		FAMISANAR		30	4%	\$2,800,000						\$112,000										

Este certificado se expide el día 2022-10-06 a las 04:11.

Se certifica que DIANA MARCELA DAZA BECERRA identificado(a) con CC 1098648986 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

TEMPOCOLBA SAS NI 802010216																						
Periodo		Clave		Planilla		Novedades																
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2022-09	2022-10	1692744493	9441140540	E	2022-10-06										X							
Riesgo		Administradora		Días	Tarifa	IBC		Cotización														
AFP		COLPENSIONES		30	16%	\$2,500,000		\$400,000														
ARL		ARL SURA		30	6.96%	\$2,500,000		\$174,000														
CCF		COMBARRANQUILLA		30	4%	\$2,500,000		\$100,000														
EPS		EPS SURA (ANTES SUSALUD)		30	4%	\$2,500,000		\$100,000														

Este certificado se expide el día 2022-10-06 a las 04:11.

Se certifica que DARWUIN JOSE ECHEVERRIA BLANCO identificado(a) con CC 72228891 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

TEMPOCOLBA SAS NI 802010216

Periodo		Clave		Planilla		Novedades																
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2022-09	2022-10	1692744493	9441140540	E	2022-10-06									X								
Riesgo		Administradora		Días	Tarifa	IBC						Cotización										
AFP		COLFONDOS		30	16%	\$1,200,000						\$192,000										
ARL		ARL SURA		30	6.96%	\$1,200,000						\$83,600										
CCF		COMBARRANQUILLA		30	4%	\$1,200,000						\$48,000										
EPS		SALUD TOTAL		30	4%	\$1,200,000						\$48,000										

Este certificado se expide el día 2022-10-06 a las 04:11.

Se certifica que NERIO ARTURO GONZALEZ identificado(a) con CC 1134190011 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

TEMPOCOLBA SAS NI 802010216

Periodo		Clave		Planilla		Novedades																
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2022-09	2022-10	1692744493	9441140540	E	2022-10-06									X								
Riesgo		Administradora		Días	Tarifa	IBC						Cotización										
AFP		PORVENIR		30	16%	\$1,323,959						\$211,900										
ARL		ARL SURA		30	6.96%	\$1,323,959						\$92,200										
CCF		COMBARRANQUILLA		30	4%	\$1,323,959						\$53,000										
EPS		SALUD TOTAL		30	4%	\$1,323,959						\$53,000										

Este certificado se expide el día 2022-10-06 a las 04:11.

Se certifica que YAMIRO YESID GONZALEZ DE LA HOZ identificado(a) con CC 1143429394 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

TEMPOCOLBA SAS NI 802010216

Periodo		Clave		Planilla		Novedades																
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2022-09	2022-10	1692744493	9441140540	E	2022-10-06									X								
Riesgo		Administradora		Días	Tarifa	IBC						Cotización										
AFP		PROTECCION		30	16%	\$1,982,320						\$317,200										
ARL		ARL SURA		30	6.96%	\$1,982,320						\$138,000										
CCF		COMBARRANQUILLA		30	4%	\$1,488,867						\$59,600										
EPS		SALUD TOTAL		30	4%	\$1,982,320						\$79,300										

Este certificado se expide el día 2022-10-06 a las 04:11.

Se certifica que ROBINSON GUERRERO LOPEZ identificado(a) con CC 72130463 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

TEMPOCOLBA SAS NI 802010216

Periodo		Clave		Planilla		Novedades																
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2022-09	2022-10	1692744493	9441140540	E	2022-10-06									X								
Riesgo		Administradora		Días	Tarifa	IBC						Cotización										
AFP		COLPENSIONES		30	16%	\$1,155,000						\$184,800										
ARL		ARL SURA		30	6.96%	\$1,155,000						\$80,400										
CCF		COMBARRANQUILLA		30	4%	\$1,155,000						\$46,200										
EPS		NUEVA E.P.S.		30	4%	\$1,155,000						\$46,200										

Este certificado se expide el día 2022-10-06 a las 04:11.

Se certifica que JUAN CARLOS LEAL MARRIAGA identificado(a) con CC 1151477914 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

TEMPOCOLBA SAS NI 802010216

Periodo		Clave		Planilla		Novedades																
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2022-09	2022-10	1692744493	9441140540	E	2022-10-06									X								
Riesgo		Administradora		Días	Tarifa	IBC						Cotización										
AFP		PORVENIR		30	16%	\$1,493,438						\$239,000										
ARL		ARL SURA		30	6.96%	\$1,493,438						\$104,000										
CCF		COMBARRANQUILLA		30	4%	\$1,493,438						\$59,800										
EPS		FAMISANAR		30	4%	\$1,493,438						\$59,800										

Este certificado se expide el día 2022-10-06 a las 04:11.

Se certifica que NEVARDO MENDIVELSO identificado(a) con CC 80470077 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

TEMPOCOLBA SAS NI 802010216

Periodo		Clave		Planilla		Novedades																
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2022-09	2022-10	1692744493	9441140540	E	2022-10-06										X							
Riesgo		Administradora		Días	Tarifa	IBC						Cotización										
AFP		PROTECCION		30	16%	\$2,800,000						\$448,000										
ARL		ARL SURA		30	6.96%	\$2,800,000						\$194,900										
CCF		COMBARRANQUILLA		30	4%	\$2,800,000						\$112,000										
EPS		FAMISANAR		30	4%	\$2,800,000						\$112,000										

Este certificado se expide el día 2022-10-06 a las 04:11.

Se certifica que ALEXANDER MOLINA VILLALOBOS identificado(a) con CC 72209363 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

TEMPOCOLBA SAS NI 802010216

Periodo		Clave		Planilla		Novedades																
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2022-09	2022-10	1692744493	9441140540	E	2022-10-06									X								
Riesgo		Administradora		Días	Tarifa	IBC						Cotización										
AFP		COLFONDOS		30	16%	\$1,250,648						\$200,200										
ARL		ARL SURA		30	6.96%	\$1,250,648						\$87,100										
CCF		COMBARRANQUILLA		30	4%	\$1,250,648						\$50,100										
EPS		COOSALUD EPS		30	4%	\$1,250,648						\$50,100										

Este certificado se expide el día 2022-10-06 a las 04:11.

Se certifica que ISABELLA STEFANIA MONTERROZA VASQUEZ identificado(a) con CC 1005680047 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

TEMPOCOLBA SAS NI 802010216

Periodo		Clave		Planilla		Novedades																
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2022-09	2022-10	1692744493	9441140540	E	2022-10-06									X								
Riesgo		Administradora		Días	Tarifa	IBC						Cotización										
AFP		PORVENIR		30	16%	\$1,800,000						\$288,000										
ARL		ARL SURA		30	6.96%	\$1,800,000						\$125,300										
CCF		COMBARRANQUILLA		30	4%	\$1,800,000						\$72,000										
EPS		SANITAS		30	4%	\$1,800,000						\$72,000										

Este certificado se expide el día 2022-10-06 a las 04:11.

Se certifica que JULIO CESAR MUÑOZ GUTIERREZ identificado(a) con CC 85126442 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

TEMPOCOLBA SAS NI 802010216

Periodo		Clave		Planilla		Novedades																
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2022-09	2022-10	1692744493	9441140540	E	2022-10-06									X								
Riesgo		Administradora		Días	Tarifa	IBC						Cotización										
AFP		PORVENIR		30	16%	\$1,200,000						\$192,000										
ARL		ARL SURA		30	6.96%	\$1,200,000						\$83,600										
CCF		COMBARRANQUILLA		30	4%	\$1,200,000						\$48,000										
EPS		MUTUAL SER		30	4%	\$1,200,000						\$48,000										

Este certificado se expide el día 2022-10-06 a las 04:11.

Se certifica que RONALD DARIO MUÑOZ GUTIERREZ identificado(a) con CC 85127978 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

TEMPOCOLBA SAS NI 802010216

Periodo		Clave		Planilla		Novedades																
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2022-09	2022-10	1692744493	9441140540	E	2022-10-06									X								
Riesgo		Administradora		Días	Tarifa	IBC						Cotización										
AFP		COLFONDOS		30	16%	\$1,200,000						\$192,000										
ARL		ARL SURA		30	6.96%	\$1,200,000						\$83,600										
CCF		COMBARRANQUILLA		30	4%	\$1,200,000						\$48,000										
EPS		SALUD TOTAL		30	4%	\$1,200,000						\$48,000										

Este certificado se expide el día 2022-10-06 a las 04:11.

Se certifica que LUIS ALBERTO NUÑEZ HERNANDEZ identificado(a) con CC 72215192 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

TEMPOCOLBA SAS NI 802010216

Periodo		Clave		Planilla		Novedades																
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2022-09	2022-10	1692744493	9441140540	E	2022-10-06									X								
Riesgo		Administradora		Días	Tarifa	IBC						Cotización										
AFP		COLFONDOS		30	16%	\$1,387,500						\$222,000										
ARL		ARL SURA		30	6.96%	\$1,387,500						\$96,600										
CCF		COMBARRANQUILLA		30	4%	\$1,387,500						\$55,500										
EPS		SALUD TOTAL		30	4%	\$1,387,500						\$55,500										

Este certificado se expide el día 2022-10-06 a las 04:11.

Se certifica que JORDY JUNIOR OSPINO PACHECO identificado(a) con CC 1001884894 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

TEMPOCOLBA SAS NI 802010216

Periodo		Clave		Planilla		Novedades																
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2022-09	2022-10	1692744493	9441140540	E	2022-10-06									X								
Riesgo		Administradora		Días	Tarifa	IBC						Cotización										
AFP		PORVENIR		30	16%	\$1,082,812						\$173,300										
ARL		ARL SURA		30	6.96%	\$1,082,812						\$75,400										
CCF		COMBARRANQUILLA		30	4%	\$1,082,812						\$43,400										
EPS		CAJACOPI ATLANTICO		30	4%	\$1,082,812						\$43,400										

Este certificado se expide el día 2022-10-06 a las 04:11.

Se certifica que FRANCISCO JULIAN PAMPLONA LEAL identificado(a) con CC 1020825448 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

TEMPOCOLBA SAS NI 802010216

Periodo		Clave		Planilla		Novedades																
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2022-09	2022-10	1692744493	9441140540	E	2022-10-06										X							
Riesgo		Administradora		Días	Tarifa	IBC						Cotización										
AFP		PORVENIR		30	16%	\$2,800,000						\$448,000										
ARL		ARL SURA		30	6.96%	\$2,800,000						\$194,900										
CCF		COMBARRANQUILLA		30	4%	\$2,800,000						\$112,000										
EPS		FAMISANAR		30	4%	\$2,800,000						\$112,000										

Este certificado se expide el día 2022-10-06 a las 04:11.

Se certifica que PEDRO PAMPLONA SUAREZ identificado(a) con CC 79244484 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

TEMPOCOLBA SAS NI 802010216

Periodo		Clave		Planilla		Novedades																
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2022-09	2022-10	1692744493	9441140540	E	2022-10-06									X								
Riesgo		Administradora		Días	Tarifa	IBC						Cotización										
AFP		PROTECCION		30	16%	\$3,900,000						\$624,000										
ARL		ARL SURA		30	6.96%	\$3,900,000						\$271,500										
CCF		COMBARRANQUILLA		30	4%	\$3,900,000						\$156,000										
EPS		FAMISANAR		30	4%	\$3,900,000						\$156,000										

Este certificado se expide el día 2022-10-06 a las 04:11.

Se certifica que MELISSA RAMIREZ AHUMADA identificado(a) con CC 1140888631 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

TEMPOCOLBA SAS NI 802010216

Periodo		Clave		Planilla		Novedades																
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2022-09	2022-10	1692744493	9441140540	E	2022-10-06									X								
Riesgo		Administradora		Días	Tarifa	IBC						Cotización										
AFP		PROTECCION		30	16%	\$2,800,000						\$448,000										
ARL		ARL SURA		30	6.96%	\$2,800,000						\$194,900										
CCF		COMBARRANQUILLA		30	4%	\$2,800,000						\$112,000										
EPS		FAMISANAR		30	4%	\$2,800,000						\$112,000										

Este certificado se expide el día 2022-10-06 a las 04:11.

Se certifica que JOSE HERLEY RODRIGUEZ RAMIREZ identificado(a) con CC 1122627267 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

TEMPOCOLBA SAS NI 802010216

Periodo		Clave		Planilla		Novedades																
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2022-09	2022-10	1692744493	9441140540	E	2022-10-06									X								
Riesgo		Administradora		Días	Tarifa	IBC						Cotización										
AFP		PORVENIR		30	16%	\$2,800,000						\$448,000										
ARL		ARL SURA		30	6.96%	\$2,800,000						\$194,900										
CCF		COMBARRANQUILLA		30	4%	\$2,800,000						\$112,000										
EPS		FAMISANAR		30	4%	\$2,800,000						\$112,000										

Este certificado se expide el día 2022-10-06 a las 04:11.

Se certifica que JONATAN DAVID TROCHA HERRERA identificado(a) con CC 1140833609 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

TEMPOCOLBA SAS NI 802010216

Periodo		Clave		Planilla		Novedades																	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	
2022-09	2022-10	1692744493	9441140540	E	2022-10-06										X		X						
Riesgo		Administradora		Días	Tarifa	IBC						Cotización											
AFP		PORVENIR		29	16%	\$1,307,797						\$209,300											
AFP		PORVENIR		1	16%	\$33,334						\$5,400											
ARL		ARL SURA		29	6.96%	\$1,307,797						\$91,100											
ARL		ARL SURA		1	0%	\$33,334						\$0											
CCF		COMBARRANQUILLA		29	4%	\$1,307,797						\$52,400											
CCF		COMBARRANQUILLA		1	0%	\$33,334						\$0											
EPS		SALUD TOTAL		29	4%	\$1,307,797						\$52,400											
EPS		SALUD TOTAL		1	4%	\$33,334						\$1,400											

Este certificado se expide el día 2022-10-06 a las 04:11.

Se certifica que EDER ENRIQUE AGAMEZ SALAS identificado(a) con CC 1129572070 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

TEMPOR JEGUMICON SAS NI 900484338

Periodo		Clave		Planilla		Novedades																
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2022-10	2022-11	1741198057	9442411459	E	2022-11-04										X	X						
Riesgo		Administradora		Días	Tarifa	IBC						Cotización										
AFP		COLFONDOS		27	16%	\$1,142,396						\$182,800										
AFP		COLFONDOS		3	16%	\$110,000						\$17,600										
ARL		ARL SURA		27	6.96%	\$1,142,396						\$79,600										
ARL		ARL SURA		3	0%	\$110,000						\$0										
CCF		COMBARRANQUILLA		27	4%	\$1,142,396						\$45,700										
CCF		COMBARRANQUILLA		3	0%	\$110,000						\$0										
EPS		SALUD TOTAL		27	4%	\$1,142,396						\$45,700										
EPS		SALUD TOTAL		3	0%	\$110,000						\$0										

Este certificado se expide el día 2022-11-04 a las 03:20.